

西多摩特養ガイド 入所申込書

記入日：平成 年 月 日

①入所を希望するご本人について					
ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日 満 歳
お名前(本人)	様				
ご住所 ご連絡先	〒 -		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 () 電話 _____ 携帯 _____		
②入所申込代理人の方について					
ふりがな		入所をご希望の方との続柄	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他()		
お名前	様				
ご住所 ご連絡先	〒 -		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 () 電話 _____ 携帯 _____ mail _____		
③介護保険・経済状況について					
介護保険被保険者証の内容	保険者 (自治体)	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		
	限度額認定証	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 1段階 <input type="checkbox"/> 2段階 <input type="checkbox"/> 3段階 <input type="checkbox"/> 基準)			
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 申請中	認定の有効期間	~ 年 月 日		
年金収入	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・ 年金額()				
生活保護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
⑤本人の状態					
本人の状態	食事内容	主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管栄養			
		副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> ミキサー			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助			
	入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> 機械浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助	
	歩行・移動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 補助具 () <input type="checkbox"/> 車椅子			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助			
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度)			
健康状態について	周辺症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他()			
	医療行為	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 人口肛門 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他			
	既往歴				

⑥現在の生活状況

住まいの状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 家屋老朽化 <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている
同居状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ <input type="checkbox"/> 他の同居者あり (ご関係:)
主介護者	・介護する方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない)
健康状態	・介護者する方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある <input type="checkbox"/> その他
就労状態	・介護者をする方は <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない
その他の介護者	・その他に介護をする方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない ・手伝う方とのご関係 ()

⑥現在の生活の様子やお困りごとを具体的にご記入ください